



**WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ទារកភាព: អាយុ 2-4 ខែ

សំរាប់ប្រព័ន្ធអ្នកជំងឺ	ឈ្មោះសេវាក្តី		ទំនាក់ដោយ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	
	ប្រព័ន្ធអ្នកជំងឺ		មួយលេខបច្ចុប្បន្ន		
	ឈ្មោះ/ក្រុមហ៊ុន/បណ្តុះ/ការបង្កើតផែនក្នុងប្រព័ន្ធឌីស្សិតិសុខភាពអ្នកជំងឺ		ថ្ងៃទេសចរណ៍សំខ្លួនរបៀប:		
	ឆ្នាំ ខែ				
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករស់ខ្លួនដែលកំព្យូល។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករស់ខ្លួនដែលកំព្យូលដោយបានលូ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករស់ខ្លួនដែលកំព្យូលដោយក្រុមហ៊ុន។		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករស់ខ្លួនដែលមានលូ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករស់ខ្លួនដែលកំព្យូលដោយបានលូ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករស់ខ្លួនដែលកំព្យូលដោយក្រុមហ៊ុន។		
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____		
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Elimination _____		Sleep _____	
Screening:		N    A	<input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Newborn Screen: (PKU) <input type="checkbox"/> Other: _____		
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Development: Circle area of concern					
Adaptive/Cognitive	Language/Communication				
Gross Motor	Social/Emotional	Fine Motor			
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Physical:	N    A		N    A		
General appearance	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	Safety	
Skin	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	Sleeping on back	
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	Development	
Eyes/Red Reflex	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	Crib Safety	
Ears	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	Shaken Baby Syndrome	
Nose	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	Infant Bond	
Oropharynx	<input type="checkbox"/>	Extremities/Hips	<input type="checkbox"/>	Feeding/colic	
Neck	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	Passive Smoke	
Nodes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	No bottle in bed	
Describe abnormal findings and comments:					
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
IMMUNIZATIONS GIVEN					
REFERRALS					
NEXT VISIT: 2 MONTHS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS		

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2-4 weeks)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Hearing Screen**

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus, or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

### **Developmental Milestones**

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, the Denver II, or other developmental screen.

Yes    No

- Regards face.
- Lifts head while prone.
- Moves extremities equally.
- Mother responds to infant cues.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ការពិនិត្យដើម្បីរក្សាសុខភាពកៅដឹងល្អ - ទារកភាព៖ អាយុ 2-4 ឆ្នាំ

## WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS (គ្រឿទោតាមគោលការណ៍ EPSDT)

៩៦

ទារកភាព៖ អាយុ 2-4 ឆ្នាំត្រូវ

សុខភាពទន្លេរករបស់អកទន្លេអាយ 2 មាតិក្ស

## ផែនការសំខាន់

រួចរាល់ដែលទានករបស់អ្នកកំពុងដំលូតលាស់រវាង ភាយ 2 ភាទិគ្រីនិង 2 ខែ ។

ឯកចិត្តទូទៅដាក់ចំពោះសម្រាប់អ្នក ។

បង្កាញចារាតួសមេដដោយរៀបភាគកាត់ ត្រីពិនិត្យក ូវិសកយ៍ ។  
កំណើកផែនិងដឹង ខំផិបក្សាលហេលអកដ្ឋាប់មុខ ។

ប្រាប់អ្នកអំពីអ្នកដែលរាយត្រូវការដោយរបៀបមួយទៅ បុគ្គលិកយ៉ាងត្រឹមត្រូវ និងបានបញ្ជាក់ថាអ្នកបានបង្ហាញពីភាពខ្លួនដែរ។

## ដើម្បីរកដំឡើងយុទ្ធសាស្ត្រមានច័ំមន្ទែត

ដើម្បីរកដោដុយលិតបូជាឌីថ្លឹបការធានាថាបារិចសុខភាពដោយមិន  
គិតថ្លែងបូជាឌីថ្លឹបការណ៍របស់អ្នកទៅទៀត ពីមានអំពីមួយមាន  
សុខភាពល្អឥនទានក្នុងមិនសុខភាពល្អ និងទូរសព្ទប្រចាំការដើម្បីដឹង  
បញ្ជាផេល្យារៈ 1-800-322-2588 (សម្រាប់) ឬ 1-800-833-  
6388 (ប្រជាបន្ទូល TTY)។

ពតិមានអំពីការបំពេញដោះ ចំណុះអាហារ ហើយស្ថិតភាព កម្លើវិធីបំបែន  
គ្រឿង ទារក និងក្រុងជាតិ (WIC) ចូរទួលសំណួលទៅក្នុងដឹងថាយោងសុខភាព  
ល្អិនទាំងក្នុងមានសុខភាពល្អ និងទួលសំណួលប្រចាំការដើម្បីផ្តល់បញ្ជី  
ឈរៗ (លេខទេរាជលេខ) ។

សូវគ្គភាពខាងក្រោមសំរាប់ក្នុងកូច្ចាមអនុយនិះ នូវការនេះ Safety Restraint Coalition, 1-800-BUCK-L-UP (សំឡួង) ឬ 1-800-833-6388 (ប្រជាប់បន្ទូ TTY) ។

ជំនាញការងារប្រកាសខេត្តធម៌សំរាប់មាតាបិតាន់ ទូរសព្ទប្រចាំការសំរាប់ដួយ  
គ្រឿសនៅ 1-800-932-HOPE (4673) ប្រភពសំរាប់គ្រឿសនាកោតាយ៉ាង្វី  
1-888-746-9568 ចាក់អនុវត្តន៍ទៅទីការលើយិសុបុគមន៍តាមចំណាំ។

ចំណុចសំខាន់ផ្តើកសុខភាព

ទីកដោះម្យាយ គិតជាមាត្រាបាយក្រុរលូបំផុតគរស់ទានកម្ពុជាសំរាប់ឆ្នាំទីម្យយ  
យ៉ាងតិច ។ ចុរបខ្លាតបំពេញដោះព្រឹត្តនាយកដែលអាចធើបាន ។

ເບີ້ມຸກຄູງຈາກກຽບສ່ວນກັດຜົກຕື່ກົດນິນຜົບ ປູ້ເບີ້ມຸກໄວ່ເຖິງທຳຫຼຸດບໍ່ເຕົາ । ຈາກກຽບສ່ວນ  
ອັກຕຽກການເຫັນທີ່ເປັນສະເພາະຍັງມີກັດ

ភាគចាកកំប្លោករារពេរភាគរារទោករុសល់អូកតិមេនាគដីលនាំងីយ៉ែ  
យ៉ាងធ្លីនៃ 12 យ៉ាង ។ ចូរបញ្ជីកំចានរករុសល់អូកទួលការចាកកំប្លោក  
តាមចិន្ទនដសនិងពេលដំបាត់រៅ ។

ចូរដាក់ទារករស់អ្នកឲ្យដេកជ្ញារពោះជានិច្ច ដើម្បីបន្ថុយិកាសនៃសហនិមិត្តភេទក្នុងមេដារណាគារទាំងបន្ទីរសំទាក់ (SIDS) ។ ចូរដៃសរាគភាពដាក់គ្រឿងពួកខ្លួយដែលទន្លេ បូណ្ឌឯងលេងប្រកសល្អវិញដើម្បីនៅក្នុងគ្រឿងទាក់ ។

ចុះរក្សាទាករបស់អ្នកម្រោនធ្វើផ្សាយពីមនុស្សដែលត្រួតដាក់ជាសាយទិន្នន័យ ។  
ចុះរហូតដែលបានបង្ហាញពីមនុស្សដែលបានបង្ហាញពីមនុស្សដែលបានបង្ហាញ  
ពីកម្មាធ័យ ។

## ចំណាចសំខាន់សំរាប់មាត្រាបិតា

ផ្នែកសម្រាករបស់អ្នកទូរដំណាយនៃការយកចិត្តទុកដាក់របស់អ្នក ។  
ចំណាយពេលពេញបានហើយដើម្បីពេរ មិនចូលចិត្តទុករា និងយាយដើម្បី  
ធ្លួចទេការៗរា ។ រាជាណាពេញទិន្នន័យអ្នក ។ រាជ្យធម្មប្រុប្បុប្ឋជាប្រជាធិ  
ដើម្បីរួចរាល់ ។

សំណើនាយករដ្ឋមន្ត្រី

កំអង្វែនទារករបស់អ្នកមួយសោះ ។ ការអង្វែនអាបចណ្តាលម្ខុចខ្លួន  
ក្នុងលើកដីផ្លូវ ។ ចុរិបញ្ចាក់ថានរណាដែលមិនមែនក្នុងទារករបស់អ្នក  
ដីនៃអំពីប្រើប្រាស់ទេ ។